

健保記入	課長	担当	区分	標準報酬	交付日

特定疾病療養受療証 交付申請書

島津製作所健康保険組合理事長 殿

以下のとおり申請します。

被保険者情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 [][][][]	番号 [][][][][][][][][]	マイナンバー (記号・番号記入の場合は不要)	[][][][] [][][][] [][][][]
	氏名	(フリガナ) -----		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 -)		都 道 府 県	年 月 日
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			
	備考欄				

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	疾病名 (該当に○)	1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固Ⅸ因子障害 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)			

医師の意見欄	下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください。				
	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。				
	年 月 日				
	医療機関の所在地				
	医療機関の名称				
医師の氏名					
電話	()				

受付日付印
